【日本医療マネジメント学会一般正会員入会申込書】（郵送またはFAXでのお申込）

日本医療マネジメント学会事務局　宛
FAX　096-359-1606

〒860-0806 熊本市中央区花畑町1-1　大樹生命熊本ビル３階
TEL 096-359-9099　E-mail jhm@space.ocn.ne.jp

入会申込日	年　月　日			
会員種別	□　医師・歯科医師　□　医療スタッフ・福祉・一般　（いずれかに✓）			
ふりがな			性　別（いずれかに✓）	
氏　名			□男　・　□女	
勤務機関	名　称			
	所属・役職			
	職　種（いずれかに○）	1. 医師・歯科医師　2．看護師・保健師・助産師　3. 薬剤師　4. 臨床検査技師 5. 診療放射線技師　6. 理学療法士　7. 作業療法士　8. 言語聴覚士　9. 臨床工学技士 10. 管理栄養士　11. 社会福祉士　１２．精神保健福祉士　13. 診療情報管理士 14. 事務　15. 企業　16. その他（　　）		
	所在地	〒		
	電話番号		FAX番号	
	E-mail	※同一のメールアドレスを複数人で使用することはできませんので個人のメールアドレスをご記入ください。		
自　宅	住　所	〒		
	電話番号		FAX番号	
連絡先	□　勤務先　□　自宅　（いずれかに✓）　※学会雑誌の送付先となります。			
事務局使用欄			受付印	